



Christopher Groll
Acting Assistant
Commissioner,
Oficina de Salud Escolar
Tweed Courthouse
52 Chambers Street
New York, NY 10007

Estimada familia:

Como sabrá, todos los neoyorquinos mayores de 12 años ya pueden vacunarse contra COVID-19 de forma gratuita. Es una gran noticia para la salud y la seguridad de su hijo, su familia, su comunidad escolar y toda la Ciudad.

En colaboración con el equipo de pruebas y rastreo de la Ciudad de Nueva York (NYC Test & Trace Corps) y el Departamento de Salud y Salud Mental de la Ciudad de Nueva York, algunas escuelas ofrecen ahora la vacuna de Pfizer-BioNTec a los neoyorquinos que reúnen los requisitos durante la primera semana de clases (la segunda dosis se proporcionará a principios de octubre) para facilitar el acceso y poder así mantenernos sanos. No es necesario hacer una cita, y puede obtener más información sobre los horarios directamente con su escuela o ingresando a schools.nyc.gov/covid19.

Vacunar a su hijo es seguro, confidencial y fácil. Esto es lo que necesita saber:

- No tiene que presentar una prueba de su estatus migratorio ni un número de Seguro Social para vacunarse.
- No necesita seguro médico para vacunarse; la vacuna es gratuita.
- **Para los menores de 18 años, un padre o tutor legal debe dar su autorización. Hemos incluido el formulario de autorización con esta carta para que lo complete y envíe.**
- Además, es recomendable, aunque no obligatorio, que los estudiantes de entre 12 y 15 años vayan acompañados al lugar de vacunación por un padre o tutor, o por otro adulto designado por el padre o tutor. Sea que usted acompañe o no al estudiante, un profesional médico capacitado monitoreará a su hijo en la sede de vacunación durante 15 minutos después de que le apliquen la vacuna.
- Los expedientes y la información correspondiente a la vacunación son estrictamente confidenciales.
- Las vacunas son administradas por profesionales médicos capacitados.
- Habrá servicios de interpretación telefónica en el lugar, en varios idiomas.
- Aunque se recomiendan enfáticamente, hasta el momento las vacunas no son obligatorias para los estudiantes. Lo anterior excluye a los estudiantes que participen en los deportes de la Liga Deportiva de Escuelas Públicas (*Public School Athletic League*, PSAL) que sean considerados de alto riesgo de transmisión del virus. (Para obtener más información, visite schools.nyc.gov/PSAL).
- La vacunación en toda la Ciudad ya ha reducido drásticamente las tasas de positividad de COVID-19, lo que ha contribuido a reabrir la Ciudad, a hacer posible las reuniones en persona y a mejorar la calidad de vida de todos.

(continúa en la página 2)



- Les recomendamos a las familias que reporten el estado de vacunación de sus hijos en el portal de vacunación contra COVID-19 del DOE en: <https://vaccine.schools.nyc>. Presentar esta información apoyará los esfuerzos de respuesta y recuperación de la Ciudad de Nueva York ante la pandemia, y ayudará a que las escuelas y edificios del DOE sigan siendo lugares seguros para todos los estudiantes y el personal.

Si tiene alguna pregunta o desea consultar los datos sobre la vacuna, visite nyc.gov/covidvaccine. Le recomendamos encarecidamente que vacune a su hijo pronto.

Atentamente,

Christopher Groll

Christopher Groll
Comisionado adjunto interino
Oficina de Salud Escolar
División de Bienestar y Entorno Escolar
Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York



Formulario de detección y consentimiento de vacunación contra la COVID-19*

Nombre del beneficiario (escribir en letra de imprenta)		Nombre de preferencia	
Fecha de nacimiento	Identidad de género actual Clave: W: mujer/niña TW: mujer/niña transgénero M: hombre/niño Indicar la identidad de género más abajo: TM: hombre/niño transgénero NB: no binario GNC: género no conforme Q: no está seguro/tiene dudas NR: prefiere no responder GNL: género no incluido en la lista (escribalo) * Pronombres de género: escribalos junto al nombre del cliente		
Sexo asignado al nacer Clave: Indicar el sexo más abajo: M: masculino F: femenino I: intersexual NR: prefiere no responder		Estado civil Clave: Indicar el estado civil más abajo: S: soltero D: divorciado M: casado W: viudo V: unión civil U: no sabe SEPARATED: legalmente separado PARTNER: pareja de hecho	
Dirección		Ciudad	Estado Código postal
Dirección de correo electrónico			
Padre o madre/tutor/sustituto (si corresponde, utilice letra de imprenta)		Teléfono	Idioma de preferencia
Origen étnico Clave: Indicar el origen étnico más abajo: DECL: no responde HIS: hispano NHL: no hispano UNK: desconocido		Raza Clave: Indicar la raza más abajo: AIA: nativo americano o de Alaska ASN: asiático BAA: afroamericano o negro DECL: no responde NHP: nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico WHT: blanco OTH: otro o multirracial	
Nombre del seguro primario		Nº de identificación del seguro primario	Relación del asegurado con el paciente
Dirección del seguro primario		Nº de grupo del seguro primario	Nombre del asegurado/ Fecha de nacimiento
Nombre del seguro secundario		Nº de identificación del seguro secundario	Nombre del asegurado/ Fecha de nacimiento
Dirección del seguro secundario		Nº de grupo del seguro secundario	Relación del asegurado con el paciente
Clínica/consultorio en el que se administra la vacuna		Nº de teléfono del seguro secundario	
Dirección/número de teléfono del médico de atención primaria			

Cuestionario de detección

1.	¿Se siente mal hoy?	☐ Sí	☐ No	
2.	Durante los últimos 10 días, ¿se ha realizado una prueba de COVID-19 porque presentó síntomas y aún está esperando el resultado de la prueba, o un proveedor de atención médica o departamento de salud le ha indicado que se aísla o cumpla la cuarentena en su hogar debido a infección o exposición a COVID-19?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
3.	¿Ha recibido tratamiento para la COVID-19 con terapia de anticuerpos o plasma de convalecientes en los últimos 90 días (3 meses)? <i>En caso afirmativo, ¿cuándo recibió la última dosis?</i> Fecha: _____	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
4.	¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica inmediata (por ej., urticaria, hinchazón de rostro, dificultad para respirar, anafilaxia) como respuesta a cualquier vacuna, inyección o aplicación o a cualquier componente de la vacuna contra la COVID-19, o una reacción alérgica grave (anafilaxia) como respuesta a cualquier otra sustancia?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
5.	¿Está embarazada o planificando quedar embarazada?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé

6.	¿Tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA o cualquier otra afección que debilite el sistema inmunitario?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
7.	¿Toma algún medicamento que afecte su sistema inmunitario como cortisona, prednisona u otros esteroides, medicamento contra el cáncer o se le ha realizado algún tratamiento de radiación?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
8.	¿Tiene un trastorno hemorrágico, antecedentes de coagulopatía o toma algún anticoagulante?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
9.	¿Tiene antecedentes de miocarditis (inflamación del músculo cardíaco) o pericarditis (inflamación del tejido que rodea el corazón)?	☐ Sí	☐ No	☐ No sé
10.	¿Ya recibió una dosis de la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer, Moderna o Janssen?	☐ Sí	☐ No	Fecha: _____ (si corresponde)
11.	¿Ya recibió una dosis de la vacuna contra la COVID-19 autorizada por la OMS pero no por la FDA (AstraZeneca – VAXZEVRIA, Sinovac – CORONAVAC, Serum Institute of India – COVISHIELD, Sinopharm)?	☐ Sí	☐ No	Fecha: _____ (si corresponde)

Autorización de uso de emergencia

La FDA ha puesto a disposición la vacuna contra la COVID-19 en virtud de una autorización de uso de emergencia (EUA, por sus siglas en inglés). La EUA se utiliza cuando existen circunstancias que justifican el uso de emergencia de fármacos y productos biológicos durante una emergencia, como la pandemia de COVID-19. Esta vacuna no ha sido sometida al mismo tipo de revisión que otros productos aprobados o autorizados por la FDA. Sin embargo, la decisión de la FDA de poner la vacuna a disposición se basa en la totalidad de las pruebas científicas disponibles, que demuestran que los beneficios conocidos y potenciales de la vacuna superan los riesgos conocidos y potenciales.

Consentimiento

He leído, o me han explicado, la hoja informativa sobre vacunación contra la COVID-19. Comprendo que si la vacuna que recibo requiere la aplicación de dos dosis, se me deberán administrar (aplicar) dos dosis de dicha vacuna para que sea efectiva. Tuve la oportunidad de hacer preguntas que se respondieron satisfactoriamente (y me aseguré de que se le brindara la oportunidad de hacer preguntas a la persona mencionada anteriormente por la cual estoy autorizado a proporcionar consentimiento subrogado). Comprendo los beneficios y riesgos de la vacunación, tal como se describen.

Solicito que se me aplique la vacuna contra la COVID-19 a mi (o a la persona mencionada anteriormente por la cual estoy autorizado a realizar esta solicitud y proporcionar consentimiento subrogado). Entiendo que esta vacuna no tendrá ningún costo para mí. Comprendo que cualquier fondo o beneficio por la administración de la vacuna será asignado y transferido al proveedor de vacunación, incluidos los beneficios/fondos de mi plan de salud, de Medicare o de terceros financieramente responsables de mi atención médica. Autorizo la divulgación de toda la información necesaria (lo que incluye historias clínicas, copias de reclamos y facturas detalladas) para verificar el pago y en la medida de lo necesario para otros fines de salud pública, incluso para informar a los registros de vacunación correspondientes.

Beneficiario o sustituto/tutor del beneficiario (Firma)	Fecha / Hora	Nombre en letra de imprenta	Relación con el paciente (en caso de que no sea el beneficiario)
Nº de identificación del intérprete telefónico O	Fecha / Hora		
Firma: Intérprete	Fecha/ Hora	letra de imprenta: Nombre del intérprete y relación con el paciente	

El vacunador debe completar la sección que figura a continuación			
¿Qué vacuna recibió el paciente hoy?			
Nombre de la vacuna	Administración		Fecha de la hoja informativa de la EUA
			Fabricante y número de lote
Pfizer/BioNTech	☐ Primera dosis	☐ Segunda dosis	
Moderna	☐ Primera dosis	☐ Segunda dosis	
AstraZeneca	☐ Primera dosis	☐ Segunda dosis	
Janssen	☐ Única dosis		

Lugar de aplicación ☐ Deltoides izquierdo ☐ Deltoides derecho ☐ Muslo izquierdo ☐ Muslo derecho
Dosis ☐ 0.5 ml ☐ 0.3 ml

☐ He proporcionado información sobre la vacuna al paciente (y/o al padre, la madre, el tutor o sustituto, según corresponda) y se obtuvo consentimiento para vacunación.

Firma del vacunador: _____